



Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

31 | 2012

L'adoption internationale en pleine mutation

Non au sabotage sournois de l'hôpital public !

Luc Jarrige



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/1251>

ISBN : 978-2-918362-49-4

ISSN : 2105-2522

Éditeur

Médecins du Monde

Édition imprimée

Date de publication : 26 avril 2012

ISSN : 1624-4184

Référence électronique

Luc Jarrige, « Non au sabotage sournois de l'hôpital public ! », *Humanitaire* [En ligne], 31 | 2012, mis en ligne le 10 mai 2012, consulté le 20 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/1251>

Ce document a été généré automatiquement le 20 avril 2019.

© Tous droits réservés

Non au sabotage sournois de l'hôpital public !

Luc Jarrige

- 1 En cette période électorale, riche en propositions et promesses variées, la santé demeure le sujet quasi tabou des médias et des candidats. Pourtant depuis longtemps déjà les témoignages, venant principalement des associations, dénoncent le sort des plus précaires et les files qui s'allongent devant les centres d'accueil et de soins. Les restrictions d'accès à la CMU, les difficultés d'obtention de l'AME, ne seraient que les exemples, s'il en était besoin, de cette dégradation de l'attention envers les plus précaires. Moins nombreuses sont les voix qui s'élèvent pour souligner la dégradation sournoise de l'accès aux soins d'une part importante de la population (demandeurs d'emploi, étudiants, retraités, travailleurs ruraux, etc.), avec le démaillage progressif du système de solidarité nationale. De plus en plus de familles ne peuvent plus financer une assurance complémentaire, renonçant ainsi à de nombreux soins peu couverts par les caisses d'assurance maladie (dentaires, optique, dermatologique, imagerie médicale, etc.). Mais actuellement, c'est le fleuron de notre système de soins, le pilier supposé garantir la santé pour tous, qui se trouve désormais ébranlé : l'hôpital public.
- 2 Un profond malaise trouble les professionnels de santé qui ne se retrouvent plus dans l'institution telle qu'elle est devenue. Comme souvent, la sémantique est fortement révélatrice des profonds changements en cours. La médecine libérale avait déjà par le passé introduit la notion barbare de « patientèle » puis celle de « clientèle » qui vient désormais s'imposer dans les structures de santé privée ou publique. On est loin de la relation soignant-soigné, basée sur la confiance et le respect. A l'hôpital, ces notions d'un autre temps ont été reléguées par la logique économique. On ne soigne plus des malades, on ne propose même plus des soins à des patients : on tarifie des actes à des clients...
- 3 La tarification à l'activité, l'une des mesures-phare de la loi Bachelot de 2008, place désormais l'hôpital public dans une logique de rentabilité, comme toute structure privée. L'hôpital doit équilibrer son budget, et n'est plus financé par un système de forfaits journaliers liés au séjour du malade, mais par la somme des actes qui lui ont été prodigués. Les services hospitaliers, groupés en pôles, plus ou moins autonomisés au plan

financier, sont entrés dans la logique du « codage à tout prix » des actes médicaux et paramédicaux, poussés par une administration elle-même aux abois pour le devenir de la structure. Les grands perdants de cette course aux actes sont bien sur la communauté nationale - qui finance le système de santé public à travers la caisse d'assurance maladie -, mais surtout le malade lui-même dont l'intérêt aux yeux de l'institution devient proportionnel au nombre d'actes qu'il peut générer.

- 4 Dans cette logique, les activités pourvoyeuses d'actes ont le vent en poupe à l'hôpital. Les services financiers se frottent les mains devant le nombre d'examens de laboratoire, de prothèses de hanche, de stimulateurs cardiaques, d'endoscopies... Que le service de radiologie se dote d'une IRM, et bientôt toute la population adulte de la ville se précipite pour l'examen d'une épaule ou d'un coude ! Difficile par contre de réaliser un examen d'urgence pour un accidenté : le nouvel IRM n'a pas été prévu pour recevoir les malades sévères. Question budget
- 5 Dans ce contexte, la prise en charge globale du patient, la recherche du diagnostic et de la thérapeutique adaptée ne constituent plus les objectifs principaux, la raison d'être de l'hôpital. Le traitement optimal proposé au patient ne serait plus qu'une succession d'actes techniques. Peu importe leur cohérence. Et que dire de l'éducation à la santé et des actions de prévention, désormais sacrifiée sur l'autel du profit ?
- 6 Parallèlement, la recherche de la rentabilité se traduit surtout par une contraction dangereuse des effectifs médicaux et paramédicaux. Dans les centres hospitaliers le mobilier est devenu design, les ascenseurs vous parlent avec douceur, les longs couloirs sont repeints de couleurs très « tendance ». Mais que sont devenus les soignants ? Avec 20 000 personnes en moins dans la fonction publique hospitalière, alors que l'afflux dans les services d'urgence ne cesse d'augmenter, l'hôpital fait face à une pénurie permanente de soignants.
- 7 Il y a quelques années, les professionnels avaient pourtant largement adhéré à la politique d'amélioration de la qualité des soins, prônant une meilleure efficience et la généralisation de règles de bonne pratique. Mais désormais les étagères entières de classeurs de procédures et la charte d'accueil du patient affiché à l'entrée du service semblent bien dérisoires, alors que les soignants ne sont plus en nombre pour répondre aux sonnettes des malades. Les équipes sont épuisées, à la limite du *burn-out*. Les arrêts maladie, les grossesses, sont autant de casse-tête pour les cadres de santé. La présence d'étudiants-infirmiers permet ça et là de pallier quelques postes vacants.
- 8 Les médecins sont gagnés par cette même morosité. Leur nombre est réduit à la portion congrue, et certains spécialistes exercent sur plusieurs centres hospitaliers distants de dizaines de kilomètres. La mutualisation, c'est le maître-mot ! C'est aussi une manière sournoise et non avouée de faire disparaître de la carte sanitaire des petits hôpitaux de proximité, rapidement transformés en centres gériatriques. « Vous voyez, votre hôpital n'est plus viable »...
- 9 Comment, par ailleurs, rester un praticien militant, luttant pour la survie de l'hôpital et du service public, lorsque la communauté médicale est exclue de la gouvernance hospitalière introduite par la loi de 2008. Le temps du mandarinat est heureusement révolu depuis longtemps, mais au contraire actuellement le médecin hospitalier est cantonné au rôle de prestataire d'actes au sein de l'institution.
- 10 Au-delà de ce malaise et des difficultés perçues par les soignants, le risque est grand d'une profonde dégradation de l'offre de soins à l'hôpital public. La politique de l'acte, la

rentabilité à tout prix par la pénurie de soignants ne garantissent plus la qualité de la prise en charge. En découlera une perte de confiance progressive, et la fuite des classes les plus aisées vers les CHRU des grandes villes, ou vers des structures hospitalières privées. C'est le début d'une santé à deux vitesses qui pourrait rapidement se mettre en œuvre dans les petites et moyennes agglomérations.

RÉSUMÉS

Dans notre précédent numéro, nous évoquions déjà le « krach sanitaire ». Alors que la campagne pour les présidentielles qui s'achève oublie encore et toujours la santé, deux praticiens investis à Médecins du Monde livrent leurs constats et leurs inquiétudes : entre les « CASO » bondés et un hôpital public sabordé, le modèle français craque de toute part. A qui la faute ?

AUTEUR

LUC JARRIGE

Luc Jarrige est médecin réanimateur, membre du conseil d'administration de Médecins du Monde où il est en particulier référent pour la mission Adoption.